

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 139

Sur la Reposition Sanglante
DU
CONDYLE HUMÉRAL
AVEC

Déplacement accentué en dehors

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

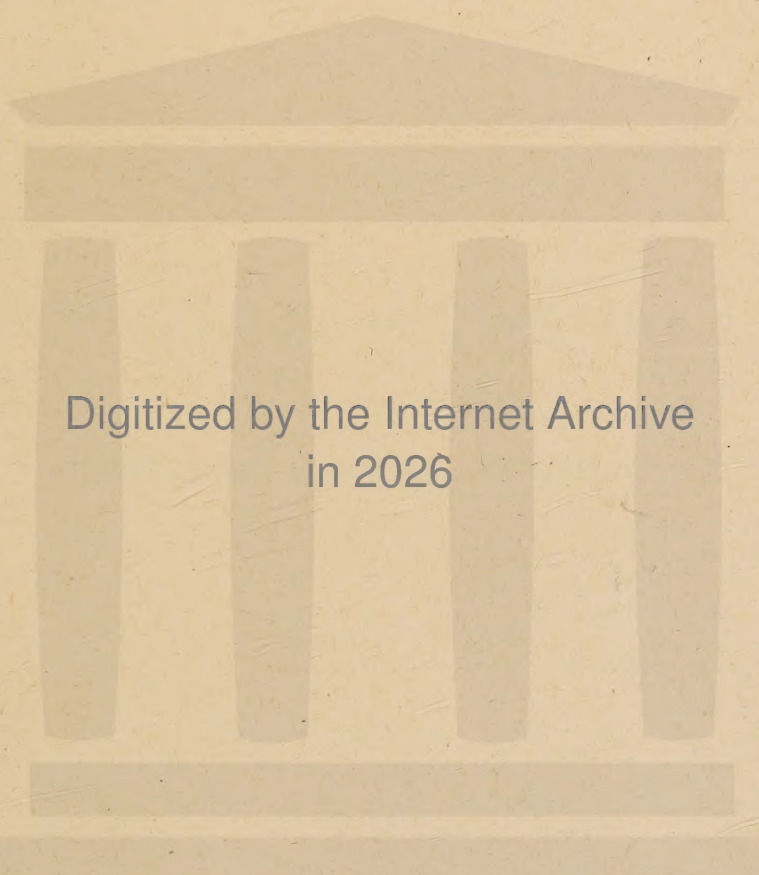
JEAN-JOSEPH-EUGÈNE MANIFICAT

Né à Lyon, le 18 Décembre 1891



LYON
IMPRIMERIE-EXPRESS
46, Rue de la Charité, 46

—
1923



Digitized by the Internet Archive
in 2026

SUR LA REPOSITION SANGLANTE

DU

CONDYLE HUMÉRAL

AVEC

Déplacement accentué en dehors

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER. ROQUE.
Cliniques chirurgicales.....	BARD. TIXIER. BERARD. COMMANDEUR. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A.). LANNOIS. ROCHET. NOVE-JOSSERAND. CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. BRETIN. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAVIOT. VILLARD. ARLOING (F.). Etienne MARTIN. COURMONT (P.). PIC. MOREAU.
Clinique obstétricale et accouchements.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique neurologique et psychiatrique.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies des femmes.....	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	
Chimie biologique et médicale.....	
Chimie organique et toxicologie.....	
Matière médicale et botanique.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	
Anatomie	
Histologie.....	
Physiologie	
Pathologie interne.....	
Pathologie et thérapeutique générales.....	
Anatomie pathologique.....	
Chirurgie opératoire.....	
Médecine expérimentale et comparée. et bactériologie.....	
Médecine légale.....	
Hygiène	
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL.
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
LERICHE.	SAVY.	TRILLAT.	ROUBIER.
THEVENOT (Léon).	FROMENT.	SARVONAT.	FAVRE.
TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien).	FLORENCE (G.).	BONNET.
CADE.	PIERY.	ROCHAIX.	NOEL, chargé des fonctions.
	COTTE.		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. NOVE-JOSSERAND, Président; M. VILLARD, Assesseur.
MM. PATEL et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 139

Sur la Reposition Sanglante
DU
CONDYLE HUMÉRAL

AVEC

Déplacement accentué en dehors

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN-JOSEPH-EUGÈNE MANIFICAT

Né à Lyon, le 18 Décembre 1891



LYON
IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1923

A MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR MANIFICAT

Mon premier Maître

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS

A MES CAMARADES MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

AU DOCTEUR MARDELLIS
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

A MONSIEUR MAURICE VOLLE
Externe des Hôpitaux de Lyon

A MONSIEUR MICHEL
Pharmacien
Lauréat de la Faculté de Dijon

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND

Professeur de Clinique chirurgicale Infantile

Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. LE PROFESSEUR VILLARD

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

Et plus spécialement à MM. les Docteurs :

FAVRE, Médecin des Hôpitaux, Professeur Agrégé ;

BÉRIEL, Médecin des Hôpitaux ;

CORDIER, Médecin des Hôpitaux, Professeur Agrégé ;

GARIN, Professeur Agrégé, Médecin des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Avant d'exposer le sujet de notre thèse inaugurale, notre premier devoir que nous remplissons avec plaisir est d'exprimer notre profonde reconnaissance à M. le professeur Nové-Josserand qui a bien voulu nous fournir l'idée et les éléments de notre travail.

Nous nous excusons de n'avoir pu, étant limité par des conditions impérieuses de temps, donner à notre ouvrage tout le développement que justifiait l'importance du sujet traité et nous sentons bien que le plus grand intérêt lui vient des fort belles observations et des clichés radiographiques tout à fait démonstratifs que notre Maître a bien voulu nous confier ; nous l'en remercions sincèrement, ainsi que de l'honneur qu'il nous fait en présidant notre jury de thèse. De lui, que nous vîmes tant de fois penché sur la misère des tout-petits et enveloppant leur corps de gestes adoucis dans leur précision, nous conserverons le plus durable souvenir.

Nous prions M. le docteur Rendu, assistant de la Clinique, d'accepter nos remerciements pour l'obligeance avec laquelle il nous communiqua des notes sur les fractures du condyle huméral.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur

Lucien Michel, assistant du Service, chez qui la valeur scientifique sait harmonieusement s'allier à la plus exquise urbanité pour contribuer à faire de lui, une des figures les plus aimablement sympathiques du monde médical lyonnais.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

La question de la réduction sanglante des fractures du condyle huméral, ancienne puisqu'elle a été jadis traitée de façon détaillée dans les importants travaux de Mouchet, Muller, Destot, Vignard et Barlatier, sur les fractures du coude, revient actuellement à l'ordre du jour de façon plus précise et surtout plus réalisatrice, en ce sens que cette méthode qui, dans l'opinion des précédents auteurs, devait être considérée comme une méthode d'exécution difficile et d'indication exceptionnelle, tend à être préconisée par les chirurgiens qui s'en occupent aujourd'hui, comme une opération de pratique courante et relativement simple. C'est ainsi que M. le professeur Nové-Josserand, en mai 1922, présenta, à la Société de Chirurgie de Lyon, un premier cas de fracture du condyle externe avec bascule, traité par la reposition simple et la suture du tissu fibromusculaire.

Puis, M. Rocher (de Bordeaux) publia tout récemment, dans la *Revue d'Orthopédie* de mai 1923, une série de

quatre fractures du condyle externe traitées une par l'ablation du fragment, les trois autres par la reposition sanglante précoce, pour lesquelles l'opération se borna à libérer le fragment condylien et à le reposer sans autre procédé de contention que la suture capsulo-périostique et musculaire et immobilisation plâtrée.

Enfin M. le professeur Nové-Josserand, à l'occasion d'un deuxième cas présenté à la Société de Chirurgie de Lyon, en mai 1923, refit l'exposé du procédé qui lui est personnel et par lequel il est permis d'aller plus loin encore dans la voie de la simplification de cette méthode et, par conséquent, dans la facilité et dans la fréquence de ses indications. C'est là ce qui fait le très grand intérêt pratique de la question vue sous ce jour, qu'illustrent les très beaux résultats obtenus par M. le professeur Nové-Josserand auquel nous sommes très reconnaissant d'avoir bien voulu nous confier ces deux histoires chirurgicales pour en faire le sujet de notre thèse.

CHAPITRE II

TABLEAU D'ENSEMBLE ET EVOLUTION DES FRACTURES DU CONDYLE

La fracture du condyle est fréquente chez l'enfant, puisque d'après la statistique de MM. Destot, Vignard et Barlatier, on l'observe dans la proportion de 25 %, c'est-à-dire en second ordre de fréquence après la fracture sus-condylienne.

Anatomiquement et cliniquement, on distingue trois types :

1° *Le décollement épiphysaire.* — Le trait de fracture suit le cartilage conjugal, le déplacement se fait toujours dans le sens de la flexion, c'est-à-dire en avant et n'est jamais très accentué.

2° *Fracture oblique externe ou fracture du condyle huméral proprement dite,* qui est le type le plus fréquent au-dessus de dix ans. Le trait de fracture est oblique en

bas et en dedans; il part de 1 cm. à 1 cm. 1/2 au-dessus de l'épicondyle, puis traverse obliquement le cartilage conjugal et se termine dans la gorge de la trochlée. Le fragment arraché comprend par conséquent, toujours à sa partie supérieure, une partie de la diaphyse qui peut être plus ou moins grande, ceci dépendant surtout de la direction plus ou moins verticale ou horizontale du trait de fracture. Le déplacement peut être nul ou minime, mais la plupart du temps il est marqué et se fait alors suivant les trois types principaux :

a) *Rotation du fragment en flexion* suivant le même mouvement que celui du décollement épiphysaire, c'est-à-dire en avant, probablement sous l'influence d'un choc direct sur le coude en position fléchie ;

b) *Déplacement du fragment en haut et en arrière*. Le fragment est repoussé en arrière de la diaphyse humérale et garde à peu près son orientation normale. La fracture résulte dans ce cas de la transmission du choc au condyle par la tête radiale ;

c) *Déplacement du fragment en dehors*. Le fragment devient alors extérieur à l'articulation comme s'il était luxé du coude, et il est probable que le mécanisme de ce mouvement consiste dans l'arrachement de l'insertion supérieure du ligament latéral externe. Outre ce déplacement latéral, le fragment dans ce cas est désaxé dans son *orientation*, sa face inférieure articulaire se tourne en dedans vers le cubitus et sa face interne cruentée se tournant plus ou moins du côté des téguments. Ce mouvement de bascule peut être plus considérable et atteindre 90 ou même 180°, la face articulaire regardant alors en haut.

3° *Le décalottement du condyle* décrit récemment par Mouchet : « Forme très rare constituée simplement par un arrachement du revêtement cartilagineux condylien qui bascule habituellement en avant au-dessus de la fossette coronoïde ».

La situation des os de l'avant-bras, par rapport au bras, présente le même degré que le déplacement du fragment. Dans les cas à déplacement faible, elle reste normale. Dans les déplacements accentués, le radius accompagne le fragment dans son mouvement en arrière et en dehors ; si le cubitus le suit également il se produit une véritable luxation du coude en dehors donnant à la région la déformation en *cubitus varus*.

Destot, Vignard et Barlatier ont bien montré que cette déformation était toujours la conséquence immédiate de la déviation de l'avant-bras entraîné par le déplacement du condyle. Si la constatation n'en est pas faite toujours immédiatement, c'est parce qu'elle n'est complètement visible qu'en extension, attitude généralement impossible après le traumatisme. Certains auteurs admettent pourtant que le *cubitus varus secondaire* résulte d'un trouble de croissance par lésion de la partie interne du cartilage de conjugaison.

CHAPITRE III

INDICATIONS DU TRAITEMENT SANGLANT D'APRÈS LA FORME DE FRACTURE

Les formes rares de *décalottement du condyle*, que nous n'avons citées que pour mémoire, imposent, au dire de Mouchet, forcément le traitement sanglant qui ne peut être alors, de par la constitution du fragment cartilagineux, que l'extirpation.

Les décollements épiphysaires et les fractures obliques externes à déplacement nul ou léger sont justiciables du traitement non sanglant : celui-ci est alors simple constituant habituellement dans la mise en flexion et l'immobilisation plâtrée pendant une quinzaine de jours. Par contre ces manœuvres échouent souvent dans les tentatives de réduction des *déplacements accentués*.

Parmi ceux-ci les déplacements en arrière et en haut peuvent, à la rigueur, être réduits de façon suffisante par pression directe repoussant le fragment en avant, mais

les échecs sont aussi fréquents. En tous cas les déplacements en dehors par arrachement, véritable luxation du condyle en dehors, hors de l'articulation, sont en règle générale, irréductibles surtout lorsqu'ils se compliquent de rotation allant de 90° ou 180° . Les éléments d'irréductibilité résident, d'une part, dans l'impossibilité de saisir le fragment pour le retourner, à cause de son petit volume, et, d'autre part, dans l'impossibilité de le maintenir réduit. *Les conséquences de ces échecs* ne compromettent pas beaucoup les *fonctions de l'articulation* par suite de l'adaptation secondaire des surfaces articulaires si fréquente chez l'enfant : les mouvements se rétablissent peu à peu dans leur amplitude normale, tout au plus persiste-t-il un certain relâchement de l'articulation. Le résultat est surtout mauvais au point de vue de la *forme du coude* qui est très défectueuse à cause du cal vicieux : la région condylienne forme en dehors une saillie exagérée constituant parfois une véritable tumeur. La déviation de l'avant-bras en *cubitus varus* est tout à fait accentuée et s'exagère encore secondairement.

On voit donc que l'*indication du traitement sanglant*, à défaut d'une réduction par les manœuvres non sanglantes, réside non pas dans le trouble fonctionnel persistant qui est léger, mais dans le vice de forme qui est grave. C'est pourquoi, depuis longtemps déjà, les chirurgiens ont cherché à intervenir sur les fractures du condyle à grand déplacement irréductible.

CHAPITRE IV

LES PROCÉDÉS DE RÉDUCTION SANGLANTE

Les procédés d'intervention auxquels on eut recours sont nombreux.

Le premier en date fut la *suture osseuse* après réduction ou l'*ostéosynthèse* (Kocher) par cheville d'ivoire ou vis de Lambotte, mais les difficultés créées à ces techniques par la situation para-articulaire du fragment et par son petit volume les firent abandonner par la plupart des chirurgiens qui en arrivèrent habituellement à la conclusion de Broca. que le moyen le plus simple était d'enlever le *fragment condyliën*.

C'est, en effet, à cette solution qu'aboutissaient habituellement les tentatives de reposition et de fixation artificielle du fragment. Il n'est pas douteux que le défaut de stabilité secondaire du fragment était accentué encore par les manœuvres faites pour libérer les adhérences fibromusculaires, des caillots intra-articulaires, etc... D'autre

part, sa vitalité ne pouvait être que compromise par l'isolement de ses connexions normales avec les parties molles.

Ce sont ces notions qui guidèrent les nouvelles tentatives chirurgicales pour améliorer la technique de la réduction sanglante et les résultats s'améliorèrent de suite puisque Rocher, dans son récent travail portant sur vingt-deux opérations pour fracture du condyle externe trouve : dix extirpations du fragment condylien, sept ostéosynthèses et cinq repositions simples.

Technique de la reposition simple

La reposition simple est donc devenue possible et constitue la meilleure méthode grâce à l'amélioration de la technique.

Rocher énonce ainsi la sienne : incision latérale externe préconisée par Mouchet, section longitudinale et écartement des muscles épicondyliens, montrant le fragment condylien habituellement par sa surface de fracture. « Après s'être fait un jour suffisant, on libère le fragment condylien en respectant ses connexions au périoste, à la capsule et au ligament latéral externe ; en s'éclairant au moyen du miroir frontal on peut voir facilement la face antérieure et l'intérieur de l'articulation qui est occupée par des caillots ou des dépôts fibrineux. On la nettoie, on avive les surfaces de fracture d'un coup léger de curette et il ne reste plus qu'à réduire en saisissant la capsule par une pince de façon à éviter son interposition, tandis que l'on refoule le fragment condylien ».

La technique conseillée par M. le professeur Nové-

Josserand est basée sur le principe que si la réduction sanglante du condyle fracturé difficile si on veut la réaliser par une action directe sur le fragment, devient facile si on agit indirectement sur lui par l'intermédiaire des tissus fibro-périostiques. L'opération peut ainsi se ramener à une simple suture de la déchirure périostique sans chercher à faire des manœuvres compliquées dans l'articulation.

Cette formule de simplification est donc beaucoup plus catégorique que celle de M. Rocher qui parle encore de « libération du fragment condylien, nettoyage de l'articulation ».

M. le professeur Nové-Josserand formule donc ainsi sa technique : « Incision courbe à convexité supérieure longue de six centimètres, passant à deux centimètres en avant du condyle : dissection du lambeau ; on recherche la déchirure périostique qui est presque transversale ou légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière et qui bâille largement laissant voir le condyle à nu. On enlève les caillots qui la remplissent, puis saisissant ses bords avec une pince d'Ombrédanne, on les ramène l'un contre l'autre en refoulant légèrement le condyle qui reprend ainsi facilement sa place et on met deux ou trois points de suture au catgut ; suture de la peau ; immobilisation en flexion à angle droit pendant 18 à 20 jours avec un appareil plâtré ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D... Rose, fille, 4 ans. Entrée à la Charité le 27 mai 1922.
L'enfant a fait une chute dans les escaliers il y a trois



OBSERVATION I

D... R., radio de profil, le 27 mai 1922, avant l'intervention.

jours. Elle est tombée sur son bras droit et depuis n'a pas
pu plier le coude.

A l'examen. — Gonflement de la région du coude droit ; ecchymoses ; la pression est douloureuse au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus. Les mouvements de flexion sont limités et douloureux. On sent manifestement



OBSERVATION I

D... R., radio, le 27 mai 1922, avant l'intervention.

le condyle fracturé et basculé en bas et en dehors. On arrive même à obtenir de la *crépitation*. Il n'y a pas de *cubitus valgus*, ni *varus* et la radiographie montre qu'il s'agit d'une fracture du condyle avec léger arrachement de la diaphyse touchant le cartilage de conjugaison et le fragment a basculé en bas et en dehors de 90° de façon

à ce que sa surface d'arrachement regarde en dehors au lieu de regarder en haut.

29 mai 1922. — Intervention (M. le professeur Nové-



OBSERVATION I

D... R., radio, le 17 juin 1922, après l'intervention.

Josserand). — Le condyle est découvert par une incision courbe à convexité supérieure. On découvre aussitôt l'insertion du condyle et on voit que celui-ci a basculé en bas de sorte que sa surface cruentée regarde en haut. On le réduit assez facilement et on cherche à le fixer d'abord avec un clou, ensuite avec une vis de Lambotte sans y

réussir à cause de la difficulté de trouver un bon contact sous l'humérus. On passe alors un gros fil de catgut à travers le fragment encore cartilagineux et on le fixe au



OBSERVATION I

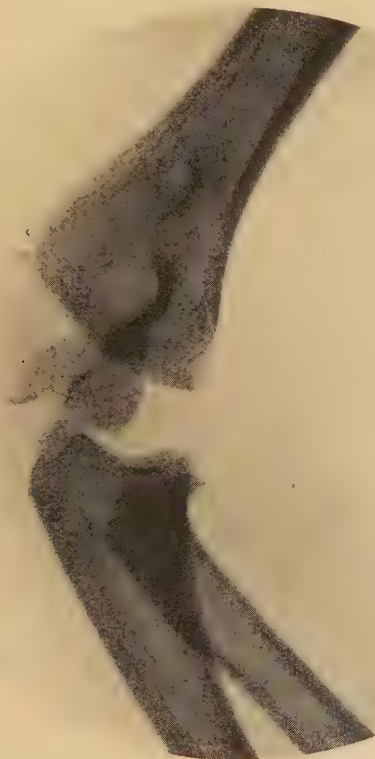
D... R., radio de profil, le 17 juin 1922, après l'intervention.

périoste par deux points de suture qui paraissent le réduire très bien.

17 juin 1922. — Forme du bras tout à fait normale et la radiographie montre le noyau condylien en place. Le fragment diaphysaire fracturé est remis au contact de la diaphyse.

OBSERVATION II

G... Georges, garçon, 9 ans. Entré à la Charité le 20 mars 1923. L'enfant a fait une chute dans un escalier et le poids



OBSERVATION II

G... G., radio de profil, le 21 mars 1923, avant l'intervention.

de son corps a porté sur son coude gauche. Douleur violente et impotence immédiate. La déformation était telle que le coude, au dire de l'enfant, paraissait tordu et que sa saillie se faisait en dehors au lieu de se faire en arrière. Un médecin réduisit en grande partie la déformation et fit un plâtre roulé temporaire.

A l'examen. — Impotence. Attitude en flexion à 140° du coude gauche et demi-supination. Ecchymose sur la partie postérieure et externe du coude. Phlyctènes sur la



OBSERVATION II

G... G., radio, le 21 mars 1923, avant l'intervention.

face externe de l'avant-bras à sa partie moyenne. Malgré le gonflement considérable, on voit qu'au niveau du coude l'axe du bras subit une certaine déviation en dehors. A la palpation il est difficile, à cause du gonflement, de repérer les saillies osseuses du coude. On sent l'olécrane en place dont la pression n'est pas douloureuse. Pas de douleur nette

au niveau de l'épitrôchlée. Au contraire, on ne peut préciser la place de l'épicondyle et à sa place normale la pression provoque une vive douleur. Tous les mouvements com-



OBSERVATION II

G... G., radio, le 18 avril 1923, après l'intervention.

mandés par les muscles épitrôchléens, notamment l'extension des doigts, provoquent de la douleur dans la région externe du coude. La flexion du coude ne dépasse pas l'angle droit, l'extension ne dépasse pas 160°, la pronation forcée est douloureuse. Pas de signes de lésion vasculo-nerveuse.

Radiographie. — Fracture du condyle par arrachement.
Déplacement en dehors.

Indication — Intervention.



OBSERVATION II

G... G., radio de profil, le 18 avril 1923, après l'intervention.

23 mars 1923. — *Intervention* (M. le professeur Nové-Josserand). La région du coude est découverte par incision courbe à convexité supérieure. Gros hématome dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'aponévrose est déchirée, elle bâille, et par l'orifice on voit le condyle luxé. Le fragment est gros : il s'étend jusqu'à la gorge de la trochlée. Il est

déplacé de telle sorte que sa face intérieure regarde fortement en avant et que sa base regarde en dehors. On essaie d'abord de le réduire en pressant directement sur lui, mais le résultat semble imparfait. La réduction est au contraire très facile en prenant les bords de la déchirure aponévrotique et en les rapprochant l'un de l'autre. Le condyle semble ainsi reprendre sa place spontanément. Suture de l'aponévrose au catgut et immobilisation en flexion à angle droit et supination.

5 avril 1923. — On défait le plâtre pour l'examen. On le replace aussitôt.

17 avril 1923. — Ablation du plâtre. Forme du coude normale sauf l'épaississement encore assez marqué de la région condylienne. Pas de déviation de l'axe.

Le condyle paraît en place.

Radiographie montre une reposition qui est presque parfaite. Sur la radiographie de face on distingue un très léger déplacement du fragment en dehors : de profil, réduction parfaite.

L'enfant quitte l'hôpital le 21 avril.

14 juin 1923. — L'enfant est revu. La forme du coude est normale, sauf un léger épaississement du massif condylien. La flexion est réduite encore de 5°. L'extension se fait jusqu'à 150°. La pronation et la supination sont complètes. Il n'y a aucune laxité latérale.

CONCLUSIONS

I. — La plupart des fractures du condyle huméral sont justiciables du traitement non sanglant, mais celui-ci est insuffisant dans les cas de déplacement accentué avec luxation du fragment hors de l'articulation et torsion.

II. — Les tentatives de réduction sanglante qui ont été faites jusqu'ici ont échoué et abouti dans plus de la moitié des cas à cause de la difficulté de remettre le condyle en place et surtout de le maintenir.

III. — La technique employée par M. le professeur Nové-Josserand, dans les deux cas que nous rapportons, permet d'obtenir la réduction d'une façon très simple et de rétablir ainsi l'intégrité de l'articulation. Elle consiste à découvrir la fracture par une incision curviligne à convexité supérieure, à rechercher les bords de la déchirure aponévrotique qui correspond à la fracture et à réduire en rapprochant les bords de cette déchirure sans chercher à agir directement sur le condyle. La contention est obtenue

également par la suture qui englobe le périoste, les muscles et l'aponévrose et par l'immobilisation dans un appareil plâtré pendant trois semaines.

Les deux observations que nous rapportons montrent qu'on peut obtenir ainsi un résultat excellent.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NOVE-JÖSSERAND.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 15 juin 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

MOUCHET. — Communication à la Société de Chirurgie de Paris, mai 1921.

NOVÉ-JOSSERAND. — Communication à la Société de Chirurgie de Lyon, juin 1922.

ROCHER. — *Revue d'Orthopédie*, mai 1923.

NOVÉ-JOSSERAND. — Communication à la Société de Chirurgie de Lyon, mai 1923.

TABLE DES MATIERES

<i>Avant-propos</i> ..	9
CHAPITRE PREMIER.	
Introduction .	11
CHAPITRE II.	
Tableau d'ensemble et évolution des fractures du condyle .	13
CHAPITRE III.	
Indications du traitement sanglant d'après la forme de fracture .	17
CHAPITRE IV.	
Les procédés de la réduction sanglante.....	19
<i>Observations</i> .	23
<i>Conclusions</i> .	33
<i>Bibliographie</i> .	35

LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

